Garay (A)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

ESTUDIO ANATOMICO-QUIRURGICO

DE LA

REGION DEL PSOAS-ILIACO

TESIS

Que para la oposición de profesor adjunto
de anatomía topográfica, presenta al jurado calificador el Doctor

ADRIAN DE GARAY

Jefe de los trabajos de anatomía topográfica en la Escuela de Medicina,
ex-prosector y ayudante de anatomía topográfica en la misma Escuela, ex-prosector y conservador
del museo anatomo-patológico del Hospital de San Andrés,
ex-prosector de anatomía de las formas en la Academia de Bellas Artes, Médico
del Hospital Juárez, profesor de Higiene en la Escuela Preparatoria, director del periódico
"La Escuela de Medicina," etc.

MÉXICO

Imprenta del Gobierno Federal, en el Ex-Arzobispado,
(Avenida 2 Oriente núm. 726.)

1893

Sr. Dr. J. M. Bandera
de su amigo y compañero
[illegible]

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

ESTUDIO ANATOMICO-QUIRURGICO

DE LA

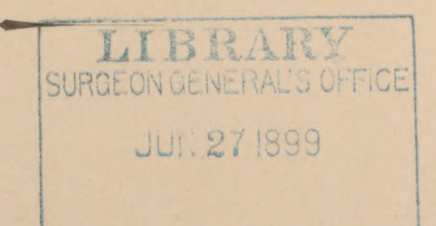
REGION DEL PSOAS-ILIACO.

TESIS

Que para la oposición de profesor adjunto
de anatomia topográfica, presenta al jurado calificador el Doctor

Adrian de Garay

Jefe de los trabajos de anatomía topográfica en la Escuela de Medicina,
ex-prosector y ayudante de anatomía topográfica en la misma Escuela, ex-prosector y conservador
del museo anatomo-patológico del Hospital de San Andrés,
ex-prosector de anatomía de las formas en la Academia de Bellas Artes, Médico
del Hospital Juárez, profesor de Higiene en la Escuela Preparatoria, director del periódico
"La Escuela de Medicina," etc.



MÉXICO

IMPRENTA DEL GOBIERNO FEDERAL, EN EL EX-ARZOBISPADO.

(Avenida Oriente 2, número 726.)

1893

AL SEÑOR DOCTOR

MANUEL CARMONA Y VALLE

Como público testimonio
de gratitud al sabio maestro y al distinguido amigo.

A la memoria de los ilustrados anatómicos

Manuel Andrade, Francisco Ortega, José B. Villagrán,
Ildefonso Velasco y Miguel Cordero.

A los sabios anatómicos y distinguidos preparadores

Nicolás San Juan y Miguel Zúñiga.

Al modesto é inteligente cirujano y expertísimo anatómico

Dr. RAMON ICAZA

A quien debo en gran parte
los conocimientos que he adquirido en el anfiteatro.

AL DOCTOR

FRANCISCO DE P. CHACON.

Mi respetable maestro y muy distinguido anatómico.



INTRODUCCION.

Toda prueba escrita para un concurso es un asunto difícil y complicado; pero mayor es la dificultad cuando se trata de cuestiones anatómicas, en donde se ha agotado durante muchos años la sagaz observación y la constancia de distinguidas personas.

Toda innovación en anatomía, que no está basada en la estricta verdad, es ridícula y es ilusoria.

Sírvanme estas circunstancias para que mis ilustrados jueces juzguen este trabajo con la indulgencia que necesita.





> "El cirujano debe conocer tan exactamente la anatomía topográfica, que cuando encaje su instrumento á través de las partes, para atacar una evitando las otras, lo dirija con tanta seguridad, como si el cuerpo fuere transparente, y siguiere con el ojo el trayecto."
>
> BECLARD.

La región de la fosa ilíaca está mal limitada en nuestro humilde concepto, y lleva un nombre inadecuado.

Blandin, Tillaux, Velpeau, Richet la limitan diciendo, poco más ó menos, que tiene por límites la porción del esqueleto que lleva el nombre de fosa ilíaca.

Tillaux se expresa así: "La fosa ilíaca interna se encuentra muy naturalmente limitada por la porción del esqueleto que lleva este nombre. La cresta del hueso ilíaco arriba y afuera, el borde anterior de este hueso abajo y adelante ó bien al arco que subtiende este bordo, el estrecho superior de la pelvis y la sínfisis sacro ilíaca adentro constituyen los límites."

Blandin, en su preciosa obra de anatomía topográfica, dice que la región ilíaca se compone de las partes que se apoyan sobre la fosa ilíaca interna. El raquis, la cresta ilíaca y el arco crural la limitan muy naturalmente.

Richet, limita así esta región: "Circunscrita lateralmente y arriba por la circunferencia del hueso coxal, la hago terminar inferiormente en el arco de Falopio, mientras que adentro está limitada por el borde interno del

psoas sobre el cual están acostados los vasos ilíacos, ó, si se quiere por la circunferencia del estrecho superior."

Malgaigne describe la fosa ilíaca y sus anexos como formando parte del contenido de la cavidad abdominal.

La fosa ilíaca interna ha sido considerada en conjunto de distinta manera por los anatómicos. Tillaux divide el abdomen de la manera siguiente: "Región antero lateral y ombligo. Región del canal inguinal. Canal inguinal. Canal crural. Regiones posteriores del abdomen. Fosa ilíaca interna y región lombar. Cavidad abdominal." Blandin, considera: Región diafragmática. Región costo-ilíaca. Canal inguinal. Anillo umbilical. Región lombar, ilíaca, pliegue de la ingle, canal crural y región perineal. Cavidad abdominal. Richet considera: Región abdominal anterior, ombligo. Región lateral del abdomen. Canal inguinal y región posterior (sección lombar de la gran región raquideana). La cavidad abdominal la divide en región anterior de la cavidad abdominal ó región intraperitoneal, y región posterior de la cavidad abdominal sub-peritoneal ó extra-peritoneal. Esta región la divide en dos: Piso superior del plano abdominal profundo y Piso inferior del plano abdominal profundo ó fosa ilíaca.

Pero cualquiera que sea la manera como se considere á esta región, ninguno la describe conforme á los límites que le señala. Todos hacen precisa referencia del psoas con sus principales relaciones é inserciones huesosas en el raquis y en el pequeño trocánter, no olvidando señalar la bolsa serosa del psoas que desempeña un papel importante en cirugía. Se describe con precisión el facia ilíaca, no contentándose ninguno con describir la parte de aponeurosis que corresponde nada más á la fosa ilíaca.

El mismo Tillaux no coloca al psoas en región ninguna, no obstante que lo describe al hablar de la fosa ilíaca.

Malgaigne es el que considera mejor esta región y sin

embargo la mezcla con casi todos los órganos posteriores extra-peritoneales, por lo que no resulta una descripción muy clara ni completa. Este mismo autor comprende lo que estamos indicando, pues dice en su anatomía: "Abajo del tejido adiposo se encuentra superiormente el músculo psoas, inferiormente la continuación de este músculo y el cuerpo del ilíaco; dos vientres por decir así de un tendón común, y cuya historia, aun por otras razones, no podía separarse. Es por lo que no he creído deber, como mis antecesores, aislar en el abdomen esta región incompleta de la fosa ilíaca; las relaciones anatómicas y quirúrgicas exigen que se asocien la región adiposa del riñón y la región del músculo psoas; esto es sobre todo esencial para comprender bien la formación y la marcha de los abscesos que se encuentran en esas tres regiones."

Blandin, hablando de la estructura de la fosa ilíaca dice: "el músculo ilíaco debe de ser considerado como el músculo intrínseco de esta región; la ocupa enteramente y conserva su forma; el gran psoas y el pequeño, cuando existe, se encuentran igualmente; pero en una débil parte de su trayecto." Y no obstante esto describe todo el psoas y su aponeurosis y trata lo relativo á los abscesos del psoas ilíaco. Richet, ya citado, considera como formando parte del piso abdominal superior (en la región posterior) los cuerpos de las vértebras lombares, la canaladura longitudinal que forman en el costado, en la cual están alojados los orígenes del psoas, el cuadro de los lombos y los riñones. Está separada del pecho por las inserciones del diafragma, y abajo se continúa con la fosa ilíaca sin ninguna línea de separación. Y al hablar de la fosa ilíaca dice que solo por facilitar el estudio de esta región la ha separado de la precedente, como si fuera más fácil, quirúrgicamente hablando, dividir el psoas en dos partes!

Vemos, pues, que los autores limitan la región de una manera y la estudian de otra.

No es posible dividir las regiones arbitrariamente, ni teniendo en cuenta nada más la anatomía de las formas. Es indispensable para esto tener presentes todas las cuestiones médicas y principalmente quirúrgicas de los órganos contenidos en la región, de manera que este estudio quede completo y no mutilado, aun cuando en apariencia la región no quede perfecta, y haya necesidad de repetir algo de ella al tratar de otra región. Por este motivo Tillaux hace muy bien al estudiar en la región carotidiana todas las carótidas, el esófago de una manera completa, lo mismo que el cordón espermático no obstante que forman parte de diversas regiones.

No hay que buscar que las regiones queden bien limitaditas, como sacadas en molde, sino arregladas de tal manera que puedan estudiarse bien bajo el punto de vista quirúrgico los órganos que ellas contienen.

La región de la fosa ilíaca es importante principalmente por los abscesos que en ella se presentan, de una manera especial. Para comprender estos abscesos es preciso conocer con detalle todo el músculo psoas-ilíaco, sus inserciones huesosas, su bolsa serosa y el facia ilíaca en toda su extensión. Hay que estudiar las venas y arterias ilíacas primitivas y externas, el ureter, la arteria espermática ó útero-ovárica, las ramas del plexus lombar propias de la región, el hueso ilíaco, la articulación sacro-ilíaca, el peritoneo, el ciego y la S ilíaca.

Se ve, pues, que no debe llamarse á esta región de la fosa ilíaca, puesto que este nombre supone ya los límites y los órganos de la región que deben estudiarse, siendo así que debe abrazar otros límites y estudiar los órganos de otro modo.

La parte fundamental de esta región la forma el músculo psoas-ilíaco y su aponeurosis de envoltura (facia ilíaca). Este músculo y su aponeurosis marcan además

con bastante exactitud los límites de la región, por cuya razón proponemos se llame á la región que nos ocupa del canal ilíaco de Velpeau ó mejor dicho del Psoas-Ilíaco.

Esta región la consideramos como formando parte de la región posterior del abdomen, es pues profunda, y en el muslo no estudiaremos las capas superficiales que corresponden á la región de la ingle.

Como dice bien Tillaux lo que domina el estudio de esta región es el facia ilíaca; así, pues, por ahí principiaremos nuestro estudio, y caminando por capas de fuera á adentro seguiremos este orden.

Estudio general del facia ilíaca.

Planos de la región.

1º Peritoneo, S ilíaca y ciego.

2º Tejido celuloso subperitoneal en donde se encuentran ganglios linfáticos, arterias y venas ilíacas primitivas y externas, las arterias espermáticas (hombre) ó útero-ováricas (mujer) el ureter.

3º El facia ilíaca.

4º Tejido célulo adiposo en donde se encuentran los nervios femoro cutáneo y génito crural, la arteria circunfleja ilíaca y la arteria ileo-lombar.

5º El músculo psoas-ilíaco, el nervio crural, arterias lombares, plexus lombar, ramos del simpático.

6º El plano huesoso correspondiente.

7º La articulación sacro-ilíaca.

Facia ilíaca.

El Facia ilíaca es una tela aponeurótica que envuelve á todo el músculo psoas-ilíaco, forma el armazón de la

región y da un carácter especial á ciertos padecimientos que en ella tienen lugar.

Superiormente es casi celulosa y sólo en su tercio inferior, en la fosa ilíaca, es fibrosa y resistente. Parece increible que esta membrana establezca un dique entre los abscesos sub y supra aponeuróticos. Pero si normalmente tiene esa consistencia, cuando se irrita ó se inflama adquiere un grueso notable, y cruge y resiste al filo del escalpelo, y aprisiona entre sus paredes muchas veces enormes colecciones purulentas que han destruído casi todo el músculo, y alterado el hueso quedando solamente ella dura y completa.

Podemos considerarle al facia ilíaca: 1º Inserciones superiores y laterales correspondientes al psoas. 2º Inserciones correspondientes á la fosa ilíaca y al estrecho superior de la pelvis. 3º Inserciones sobre el arco de Poupard. 4º Inserciones extra-abdominales.

1º El psoas, al entrar en la cavidad abdominal pasa por un arco fibroso dependiente del diafragma. De este arco cae como telón la tela celulosa que envuelve al músculo. Del lado interno se fija en las inserciones huesosas del psoas, es decir, á los discos intervertebrales de las vértebras lombares, á los arcos fibrosos que van de un disco al otro y á la base de los apófisis transversos. Del lado externo se une á la hoja anterior del aponeurosis del transverso, que cubre el cuadrado lombar.

2º En la fosa ilíaca se inserta sobre el labio interno de la cresta ilíaca, sobre el ligamento ileo lombar y sólidamente sobre el estrecho superior de la pelvis. Arriba de la fosa se continúa con el aponeurosis del transverso que ya mencionamos. Diremos desde luego cómo las paredes del vientre están en relación al nivel de la cresta ilíaca con el facia ilíaca. Adelante y afuera de la cresta ilíaca, el facia ilíaca se continúa con el aponeurosis del

oblicuo; atrás da inserción á los músculos pequeño oblicuo y transverso y al facia transversalis, quedando así en ese punto sólidamente cerrada la cavidad abdominal.

3º Las inserciones del facia ilíaco sobre el arco de Poupard son muy interesantes, y varían las de la mitad externa de las de la mitad interna.

En la mitad externa el facia ilíaca desciende y se inserta sólidamente sobre el arco de Falopio, confundiendo sus inserciones en este punto con el aponeurosis del gran oblicuo que está adelante y el facia transversalis que está en medio. Son, pues, tres hojas aponeuróticas que concurren á un mismo cordón (arco de Falopio) divergiendo. La anterior es el aponeurosis del gran oblicuo; el medio, el facia transversalis; el posterior es el facia ilíaca. Estos tres aponeurosis forman dos lóculos, anterior y posterior. En el primero se encuentran los músculos pequeño oblicuo y transverso; en el posterior están los órganos de la cavidad abdominal colocados adelante de la fosa ilíaca. Atrás del lóculo posterior está la fosa ilíaca propiamente dicha. No se detiene el facia ilíaca en el arco de Poupard sino que viene á confundirse con el facia lata, que está formado como se sabe de dos hojas, superficial y profunda.

En la mitad interna el facia ilíaca no se inserta en el arco crural sino sigue cubriendo al músculo psoas hasta su inserción en el pequeño trocanter. Tenemos aquí, pues, superiormente el aponeurosis del grande oblicuo y del facia transversalis que se insertan en el arco de Poupard, formando por su unión el piso inferior del canal inguinal por donde pasa el cordón espermático en el hombre y el ligamento redondo en la mujer. El facia lata en este punto queda reducida á su hoja superficial, pues su hoja profunda queda representada por el facia ilíaca que sigue el músculo hasta el pequeño trocánter y por el aponeurosis

del pectineo. Resulta, pues, que en este punto queda abierta la cavidad abdominal, por la separación de dichos aponeurosis. Este agujero, por donde pasa la arteria y vena crural y ganglios linfáticos, es el anillo del canal crural que está limitado hacia adelante por el arco de Falopio, adentro por el ligamento de Gimbernat y el pubis, afuera por el facia ilíaca que se inserta sólidamente sobre la cresta pectineal.

Conocemos ya las inserciones del facia ilíaca y sólo nos falta agregar que en la parte posterior se confunde con el periostio de los huesos á los cuales se solda sólidamente, lo mismo que se adhiere á la cápsula de la articulación coxo-femoral al pasar por ella. Resulta de esta disposición que el músculo psoas-ilíaco, está envuelto por todas partes por el aponeurosis y el periostio, salvo en la parte superior del psoas que puede considerarse abierto en algunos puntos. Resulta de esto una cavidad en donde está encerrado el psoas-ilíaco, cavidad en donde se forman los abscesos sub-aponeuróticos. A esta cavidad la llama Velpeau canal ilíaco, con lo cual se da una idea suficientemente clara del asunto. Richet dice que esta denominación es inexacta puesto que si arriba el canal está abierto, abajo está cerrado, y los canales están abiertos por los dos lados. Prefiere llamarle á esto una especie de embudo membranoso, ¡como si los embudos no estuvieran abiertos por los dos lados! Para salvar esta dificultad y sin creer que hemos encontrado la piedra filosofal, llamaremos á esto *alcartaz ilíaco de Velpeau.*

Peritoneo.—Ciego.—S. ilíaca.

El peritoneo parietal posterior tapiza todo el psoas-ilíaco y cubre los órganos que están encima del facia ilíaca y que estudiaremos adelante. El peritoneo descansa

sobre un tejido célulo-adiposo flojo, de manera que no se adhiere en ninguna parte. Es grueso y resistente y después que ha cubierto el psoas, se continúa arriba cubriendo el diafragma, adentro cubre la columna vertebral y los órganos que la tapizan y hacia afuera cubre los riñones y toda la parte profunda de la región lombar. Hacia abajo tapiza toda la fosa, encajándose hacia dentro en la pelvis, y dando vuelta hacia arriba cubre el facia transversalis, tapando el anillo crural.

En la fosa ilíaca derecha el peritoneo envuelve al ciego (se llama así á la porción del grueso intestino situado abajo de la embocadura del intestino delgado) según algunos anatómicos enteramente, y según otros dejando á descubierto su cara posterior. No tiene mesocecum. El convencerse si el ciego está todo él envuelto por el peritoneo ó no, es asunto sencillo que no exige grandes preparaciones. Es raro, pues, que diverja tanto la opinión de los anatómicos á este respecto. Por otra parte, la falta parcial del peritoneo al rededor del ciego explicaba bien la frecuencia de los flemones subperitoneales de la fosa ilíaca y las hernias del ciego sin saco, observadas por muchos clínicos. En los cadáveres que he podido observar á este respecto, sólo en uno me encontré con el peritoneo que no cubría toda la cara posterior del ciego. Puede decirse, pues, *por regla general*, que el ciego está cubierto en toda su extensión por el peritoneo, y que no se pone en ninguna parte en contacto con el tejido celuloso subperitoneal. Los flemones de la fosa ilíaca ya señalados se producirían por peritonitis parciales del ciego ó por apendicitis que es lo más común.

El distinguido cirujano Ramón Icaza operó un flemon subperitoneal de la fosa ilíaca en un niño, flemon que tuvo su punto de partida en una tiflitis. Sacó una buena cantidad de pus. A los pocos días de hecha la canali-

zación salió por el tubo una ascaride lombricoide, todo lo que probaba que el ciego se había perforado. El niño sanó.

Es preciso fijarse en el apéndice del ciego: se desprende de la parte posterior é interna de la extremidad inferior del ciego, pudiendo variar esta situación en la niñez. Su tamaño es variable y lo sujeta un repliegue del peritoneo; algunas veces está flexuoso y su cavidad comunica con la del intestino, encontrándose en el punto de comunicación un repliegue semilunar, llamado válvula de Gerlach, que se abre en dirección del ciego, por cuyo motivo lo que entra en el apéndice difícilmente sale. Este apéndice es un punto útil de referencia en las laparotomías y creemos que no sirve para ninguna otra cosa. El ciego está ligeramente inclinado á la izquierda, por lo que la hernia del ciego, siempre rara, ha podido presentarse de ese lado. El Dr. Zárraga y yo tuvimos oportunidad de operar con éxito una hernia estrangulada; debridado el cuello del saco estiramos un poco el intestino para poder resecar 25 centímetros de él que estaban gangrenados, é inmediatamente salió el ciego. El estrangulamiento se había efectuado en el fin del intestino delgado. La válvula de Bauhin separa el ciego del intestino delgado.

Las materias fecales se acumulan y se endurecen muchas veces en el ciego, sobreviniendo frecuentemente los síntomas de oclusión intestinal ó alternativas de diarrea y constipación. Frecuentemente el excremento está seco, duro, negruzco, hecho bolas. Cuando las materias fecales se acumulan en el ciego puede reconocerse en la fosa ilíaca un tumor pastoso con abolladuras y alargado como un plátano. En estas condiciones los purgantes obran de una manera maravillosa. Muchas veces este atascamiento se acompaña de tiflitis ó peritiflitis con síntomas muy graves y algunas veces mortales. La inflamación del apéndice es producida con frecuencia por huesecillos de fruta que caen á su cavidad.

El cáncer primitivo del ciego es raro; puede ser invadido algunas veces ó comprimido mecánicamente por algunos tumores del abdomen ó de la pelvis.

La enterotomía por el procedimiento de Nelaton consiste en hacer una incisión sobre la pared abdominal de la fosa ilíaca derecha, con el fin de caer sobre una de las asas intestinales más cercanas al ciego.

La S ilíaca del colón se encuentra sobre la fosa ilíaca izquierda; tiene un mesocolón más ó menos largo que le permite mucha movilidad al grado de haberle encontrado alguna vez en un niño, según refiere Huguier, en la fosa ilíaca derecha. Esta movilidad explica la facilidad con que se puede torcer la S ilíaca y producir una oclusión. Siendo cursante de clínica de 4º año en el Hospital de San Andrés, tuve oportunidad de ver una autopsia de un enfermo muerto de oclusión intestinal. La S ilíaca estaba dos veces torcida sobre su eje. En la S ilíaca ó en el colón descendente puede practicarse el ano contranatura, teniendo el inconveniente de que fácilmente el espolón se va reduciendo y llegan á caer las materias fecales en el cabo inferior. Este podría ligarse pero nó puede reconocerse cuál es, y si se liga el cabo superior es segura la muerte del paciente. La S ilíaca presenta abolladuras y apéndices epiploicos ó grasosos que la hacen reconocer. Algunas veces está en relación directa con las paredes del abdomen y otras está separada por asas de intestino delgado. Los padecimientos cancerosos ó sifilíticos, pueden propagarse muchas veces del recto, á la parte inferior de la S ilíaca. Cuando el recto está estrechado, la S ilíaca puede llegar á adquirir un volumen enorme.

Tejido celuloso sub-peritoneal en donde se encuentran las arterias y venas ilíacas primitivas y externas, las arterias espermáticas ó útero-ováricas y el ureter.

El tejido celuloso sub-peritoneal es flojo y laminoso y tiene pocos panalículos adiposos. Se extiende y se comunica entre casi todos los órganos extra-peritoneales. En consecuencia cubre al facia ilíaca hasta llegar al arco de Falopio, y tapiza el facia transversalis en su parte inferior; se comunica con la parte posterior de la región lombar y con la capa adiposa del riñón. Tapiza la pequeña pelvis, se continúa con el tejido conjuntivo que se encuentra en los repliegues peritoneales, tanto del abdomen como de la pelvis (mesocolón, mesorecto, ligamentos anchos, etc.) Está en continuidad con el tejido que cubre los vasos ilíacos que van hasta el canal crural, y con el que rodea el cordón espermático, el ligamento redondo y los ganglios ilíacos en general, y comunica también por la gran escotadura ciática con la región glútea.

Esta capa de tejido conjuntivo es susceptible de inflamarse y de supurarse, principalmente por la propagación de la flegmasía de otros órganos envueltos en el mismo tejido: el flemón de los ligamentos anchos, las metritis ó parametritis, las tiflitis ó peritiflitis, las adenitis de los ganglios inguinales, pélvicos ó ilíacos, etc. Estos abscesos se propagan generalmente á la fosa ilíaca, ó bajan al canal crural ó se encuentran en la región posterior sobre el borde externo del cuadrado lombar. Esta continuidad del tejido conjuntivo que explica la propagación de la flegmasía ha sido demostrada experimentalmente por Koening, inyectando en dicho tejido de una manera suave, constante y uniforme un líquido solidificante. Este líquido se ha infiltrado en los diversos trayectos del tejido conjuntivo que hemos señalado.

Cuando el pus se forma en la fosa ilíaca, por regla general despega el peritoneo del facia ilíaca y del facia transversalis. En estas condiciones se forma, puede decirse, un prisma, cuya cara lateral anterior está formada por el facia transversalis, la posterior por el facia ilíaca y la reunión de estas dos caras por el arco de Falopio. La cara superior la forma el peritoneo, y en la cavidad de este prisma se encuentra el pus, que puede notarse al exterior por la percusión y la palpación. Koening ha llamado la atención sobre un nuevo síntoma para reconocer esta clase de abscesos. En el estado normal los movimientos de elevación y de abatimiento de las paredes abdominales referentes á la respiración se notan hasta el arco de Poupard. Cuando hay pus en la fosa ilíaca bajo el peritoneo, los movimientos de las paredes abdominales llegan nada más hasta donde se encuentra el líquido.

Los flemones de la fosa ilíaca producidos por propagación de una metritis, parametritis ó de flemones de los ligamentos anchos son muy comunes, y últimamente el Dr. Zárraga y yo tuvimos oportunidad de ver una enferma de esta clase en la que el flemón se abrió por la vagina.

Albert refiere en su clínica haber encontrado un absceso sub-peritoneal de la fosa ilíaca y de la región lombar. Hecha la autopsia se encontró perforado el intestino y varios huesos de ciruela, lo que explicó la formación del absceso estercoral.

Velpeau da cuenta de un absceso supra-aponeurótico de la fosa ilíaca propagado por un bubón inguinal supurado. Un hecho igual tuvimos oportunidad de ver nosotros en la clínica del Dr. Montes de Oca.

Remy refiere un caso de esta clase de flemones propagado por la inflamación aguda de una vesícula seminal.

Estos abscesos pueden abrirse espontáneamente, sea

por algún punto de la piel, lo que es raro, ó en algún órgano de la cavidad pélvica ó abdominal. Demana tuvo un caso en que se abrió en la vena cava. Otras veces se han abierto en el intestino, la vejiga, el útero, ó ulceran el peritoneo, hecho frecuente que señala Grisolle, y que ocasiona una peritonitis formidable.

Siempre que se sospeche la presencia del pus es preciso cuanto antes darle salida, debiendo practicarse la operación correspondiente, aun cuando el absceso se haya ya abierto en el intestino, vejiga, útero, etc., pues de otro modo el pus continúa y se agota el enfermo ó muere de infección. Boivditch señala un caso en que el absceso se abrió en el recto, no se operó el enfermo y murió de agotamiento.

Según en donde se haya acumulado el pus variará el procedimiento operatorio. Generalmente la colección purulenta se encuentra sobre el borde externo del cuadrado lombar, en la fosa ilíaca, sobre el ligamento de Poupard, en la región glútea ó en el canal crural. En cualquiera de estos puntos lo indicado es darle salida al pus practicando una incisión hasta llegar al foco con el fin de poderlo lavar ampliamente y hacer una buena antisepcia. En la región lombar puede hacerse una incisión sobre el borde externo de la masa sacro-lombar en su parte inferior, dividiendo piel, tejido celular, capa grasosa subcutánea, el gran dorsal, el pequeño oblicuo, el aponeurosis del transverso, el cuadrado de los lombos y su aponeurosis. En la región glútea bastaría dividir metódicamente las fibras del gran glúteo. En el canal crural habría que abrirlo atravesando piel, tejido célulo-adiposo y ganglionar, aponeurosis superficial y facia cribiformes, cuidando los vasos femorales. Más adelante, cuando tratemos de los flemones sub-aponeuróticos de la fosa ilíaca indicaremos cuál es el método operatorio que recomendamos. Desde luego debe de desecharse el trocar y los cáusticos.

Rara vez estos flemones terminan por la induración, como tuve la oportunidad de ver un enfermo en la sala de clínica del Dr. Carmona y Valle.

Hay que advertir que en los enfermos que tienen un flemón supra-aponeurótico de la fosa ilíaca conservan generalmente su miembro en la extensión, mientras que los que tienen un flemón sub aponeurótico tienen la pierna y el muslo doblado y en rotación hacia afuera. Sobre este punto de diagnóstico ha insistido siempre y con justicia, nuestro distinguido clínico el Dr. Carmona y Valle. Los flemones de la fosa ilíaca son más frecuentes en el hombre que en la mujer. En el hombre predominan en el lado derecho y en la mujer en el izquierdo. Serían convenientes nuevas estadísticas á este respecto.

***

Algunos autores como Tillaux no consideran la arteria ilíaca primitiva como formando parte de esta región; mientras que otros como Hyrlt, Blandin y Richet sí consideran que le pertenece. Nosotros opinamos del mismo modo, tanto porque esta arteria en casi en todo su trayecto costea el psoas, como porque hay que pasar por esta región para practicar uno de los métodos más usuales para ligarla.

Las arterias ilíacas primitivas en número de dos se desprenden de la aorta, que bifurcan, al nivel del disco que une la cuarta con la quinta vértebra lombar; se dirigen oblicuamente hacia afuera y adelante, y encuentran luego el psoas que costean por su borde interno hasta llegar á la articulación sacro-ilíaca en que se dividen en ilíaca externa é ilíaca interna ó hipogástrica. Algunas veces la aorta se bifurca más arriba, rara vez más abajo. La ilíaca primitiva puede dividirse anómalamente en cualquier punto

de su trayecto, sucediendo en algunos casos que la de un lado se divide más abajo y la del otro lado más arriba. La ilíaca primitiva derecha pasa adelante de la extremidad superior de la *vena* del mismo nombre y cubre en gran parte el fin de la vena cava inferior. En la izquierda la *vena* la costea abajo y adentro. Están costeadas también por ganglios linfáticos ilíacos y cruzadas por la arteria espermática que pasa adelante de ellas. Estas arterias por lo general no dan ramas colaterales salvo algunas ramillas al psoas y anómalamente la ileo-lombar.

La arteria ilíaca externa se continúa sin línea de demarcación con la ilíaca primitiva y se termina en el arco crural sobre la eminencia ileo pectinea. Corresponde á una línea que se trazara del ombligo á la mitad del arco de Falopio. Esta arteria costea la parte interna y anterior del psoas; atrás y adentro está íntimamente unida á la *vena*, que la sigue en todo su trayecto; entre estos vasos hay uno ó dos nerviecillos insignificantes del plexus lombar íntimamente unidos á ellos. Arteria, vena y dichos nervios están envueltos según unos en un desdoblamiento del facia ilíaca que los fija contra el hueso ilíaco, ó según otros en una vaina aponeurótica propia. Por su parte interna y superior están en relación con *ganglios linfáticos ilíacos* externos. Concurren á estos ganglios los vasos eferentes de los ganglios ínguino -crurales, los vasos linfáticos epigástricos y circunflejos ilíacos. El ureter cruza las arterias ilíacas externas y pasa adelante de ellas y no atrás como dice Tillaux en todas sus ediciones. La arteria ilíaca externa en su porción superior está tapizada por el peritoneo y no da sino uno que otro ramillo insignificante al psoas y á los ganglios. Cuando el peritoneo se refleja sobre el facia transversalis la deja libre en una extensión como de un centímetro. En este punto da dos gruesas ó importantes colaterales, una anterior la *epigástrica*, y otra externa *la*

circunfleja ilíaca. La epigástrica corresponde á la región inguinal y la espermática ó útero–ovárica debe de estudiarse cuando se trate del ovario ó del testículo.

La circunfleja ilíaca se dirige hacia afuera, pegada al arco crural contornea el hueso ilíaco, da algunas ramas á los músculos del abdomen y al ilíaco, y por su ramo circunflejo viene á anastomosarse con las últimas lombares y con la *ileo–lombar* rama de la hipogástrica. Esta última arteria nace de la parte superior y posterior de la hipogástrica y algunas veces en un tronco común con la glútea superior. Se dirige hacia arriba atrás del psoas y se divide en dos ramas, una ascendente lombar que se distribuye en el psoas, en el cuadrado de los lombos y uno de sus ramos sigue la dirección de las arterias lombares; el otro ramo transversal ó pelviano, da ramos al músculo ilíaco, se anastomosa con la circunfleja ilíaca, dando ramos profundos para el periostio y el hueso coxal. Advertiremos desde luego que la circunfleja ilíaca y el ramo transverso de la ileo–lombar están cubiertas por el facia ilíaca; pero que las describimos en este lugar para no dividir su estudio.

Puede comprimirse la arteria ilíaca externa, colocando al enfermo en la posición de Trendelenbourg, aplicando los dedos sobre el borde interno del psoas y comprimiendo de delante atrás y un poco de dentro afuera. La arteria ilíaca externa está en magníficas condiciones para ligarse; sólo en su parte inferior da dos gruesas colaterales, de manera que ligando arriba se obtiene un buen coágulo. La circulación colateral queda muy bien asegurada por la anastomosis de la circunfleja ilíaca con la ileo–lombar y las últimas lombares, y las de la epigástrica con la mamaria interna. Se escoge, pues, de preferencia esta arteria para ligarla en vez de la femoral en su tercio superior, pues en ésta no se restablece tan bien la circulación colateral, ni se sabe á punto fijo (porque varía mucho) en dónde

nace la femoral profunda, lo que puede dar lugar á hemorragias secundarias. Abernethy en 1812 fué el que practicó por primera vez esta ligadura.

Para ligar esta arteria se han recomendado los procedimientos de Bogros, Abernethy y el de A. Cooper.

Bogros aconseja hacer una incisión en el arco de Falopio y sobre la arteria ilíaca, incisión como de 5 centímetros, con el fin de encontrar la epigástrica, seguirla y ligar la ilíaca arriba con el fin de que no suceda lo que con el enfermo de Beclard en que la epigástrica estaba arriba de la ligadura y sobrevino la muerte por hemorragia secundaria. En este procedimiento se toma la arteria en su final, no puede ligarse más arriba por falta de espacio, lo que es un grave inconveniente cuando haya que colocar una ligadura alta. Malgaigne aconseja una incisión paralela al vaso y un poco afuera; pero este procedimiento es más difícil é inferior al de Cooper, y expone más á herir el peritoneo.

El procedimiento de Abernethy consiste en una incisión oblicua de fuera á adentro y de arriba á abajo, del flanco hacia la ingle. Esta incisión debe de comenzar á tres centímetros de la espina ilíaca anterior y superior y acabar un poco arriba de la parte media del arco crural. Por este método la arteria se encuentra en el ángulo inferior de la herida, es más difícil ligarla, no puede ligarse más arriba y es más fácil herir el peritoneo.

El procedimiento clásico es el de A. Cooper. Se trazará una línea del ombligo á la mitad del arco de Falopio que indicará la dirección del vaso y el cual se reconocerá también por sus latidos. Se hará una incisión que principiará ó acabará un centímetro arriba y tres centímetros afuera de la espina del pubis. Esta incisión en sus dos tercios internos será paralela al arco, separándose después dos centímetros y encorvándose hacia el epigastrio. Ligadura de los vasos superficiales. Sección del aponeurosis del

gran oblicuo. Separación con la sonda del pequeño oblicuo y del transverso y junto con el cordón levantarlos hacia arriba. Despegar el facia transversalis con el dedo ó separarlo con pinzas. Se introduce entonces el dedo separando el tejido conjuntivo y haciendo una vagina subperitoneal á la altura que se quiera. La vena está adentro y se carga de dentro á afuera la arteria. No hay que preocuparse del nervio crural que camina abajo del facia ilíaca.

Este procedimiento es fácil, seguro, permite evitar los vasos, despegar bien el peritoneo y poner la ligadura tan alta como se quiera.

He aplicado últimamente este procedimiento en un hombre como de 25 años por motivo de tener un aneurisma traumático de la femoral en el principio de su tercio medio, estando el saco ya abierto. Ligué la ilíaca externa arriba, la femoral abajo del saco y practiqué la extirpación de este saco respetando la vena. La ligadura de la ilíaca se hizo fácilmente, no se encontró vaso de importancia ninguno y en muy pocos días se restableció la circulación colateral de una manera notable.

Vamos á describir el mejor procedimiento que se sigue para ligar la arteria ilíaca primitiva, que puede ligarse también practicando una laparotomía, lo que es infinitamente más grave.

Se traza la dirección de la arteria del ombligo á la mitad del arco crural. A tres centímetros afuera de la espina del pubis principiar una incisión de doce centímetros cuya tercera parte sea paralela al arco y después se vaya encorvando en la dirección de una línea que esté tres centímetros afuera del ombligo. Incisiones de la piel y tejido celular, ligadura de vasos cutáneos. Sección del aponeurosis del gran oblicuo. Introducir una sonda embotada abajo del pequeño oblicuo y seccionar sus fibras con tijeras. Hacer un ojal al facia transversalis, desgarrarlo con

los dedos y con ellos mismos despegar el tejido conjuntivo que rodea al vaso, la arteria espermática ó uterina y el ureter. Un ayudante con los dedos ó con ganchos apropiados levanta profundamente el peritoneo; se despega la arteria y se carga de dentro á fuera. Es una operación difícil y laboriosa que se facilita mucho colocando al enfermo en la posición de Trendelenbourg. Los aneurismas de las arterias ilíacas interna y externa; no son tan raros, se extienden rápidamente y adquieren á veces un desarrollo considerable. En ocasiones se forman dilataciones tubulares. De los métodos aconsejados para curarlos la compresión abajo del aneurisma es fatal (sistema Vernet). La compresión arriba con vendaje apropiado (Verdier), ha dado mejores resultados lo mismo que la compresión rápida de la aorta previa anestesia. La flexión forzada, el reposo y la dieta no merecen confianza. El método mejor y el más difícil de ejecutar es la ligadura, debiendo preferirse el método de Anel. Syme, después de comprimir la aorta, abrió el saco, sacó seis libras de sangre y ligó la arteria ilíaca primitiva y la interna arriba y la externa abajo. El enfermo salvó.

Por la continuidad de las arterias ilíacas y de las venas, se han dado algunos casos de aneurismas arterio-venosos, que son sumamente graves y difíciles de curar. Casi siempre vienen por la herida producida por un instrumento punzo-cortante.

En mi servicio del Hospital Juárez recibí un enfermo que había recibido una herida con un alambre de mediano grueso y puntiagudo. Estaba situada la herida seis centímetros adentro de la espina antero-superior izquierda y cuatro centímetros arriba del arco de Poupard. El instrumento había interesado arterias y venas, haciéndoles una herida muy pequeña; sin embargo, al poco tiempo de ingresado al Hospital murió de hemorragia interna.

Ya indicamos que el ureter cruza la arteria ilíaca externa y que hay que levantarlo cuando se quiere ligar este vaso. El estudio del ureter debe de hacerse junto con los órganos urinarios. Indicaremos sin embargo que cuando hay dificultad del paso de la orina por el ureter, éste se distiende y se engruesa mucho, al grado de confundirle con el intestino delgado como señala un caso Richet en un enfermo en que la vejiga estaba casi toda ocupada por un cálculo voluminoso.

Los ganglios ilíacos que ya indicamos, son susceptibles de inflamarse, de formarse una adenitis, por lesiones de los miembros inferiores, de los órganos génito-urinarios, etc., de manera que los linfáticos acarrean los productos sépticos ó los gérmenes adecuados. Estas adenitis se resuelven ó se supuran ó propagan la flegmasía al tejido celuloso supra-aponeurótico, ocasionando un adeno-flemón de la fosa ilíaca. También se observan adenopatías diatésicas, principalmente tuberculosas, de los ganglios inguino-ilíacos, desarrolladas principalmente en los niños como consecuencia de la coxalgía. Los tumores malignos principalmente cancerosos, de los órganos génito-urinarios, de la raíz del muslo, etc., pueden propagar el neoplasma á los ganglios de que hablamos, siendo en este caso toda operación contraindicada. En la región ilíaca se presentan de preferencia las várices linfáticas y los adenolinfaloceles.

FACIA ILIACA.

Siguiendo el estudio por planos aquí convenía tratar del facia ilíaca; pero ya dimos las razones por las cuales creímos prudente describirlo primero y no creemos que sea necesario volver sobre este asunto.

Tejido celuloso sub-aponeurótico—nervios femoro-cutáneo y génito-crural, arterias circunfleja ilíaca é ileo-lombar (ya descritas.)

Abajo del facia ilíaca y encima del psoas ilíaco hay un tejido laminoso fino que se hace algo adiposo sobre la fosa ilíaca. Se encuentran en este tejido los nervios femoro-cutáneo, y génito-crural, ramos colaterales del plexus lombar. El primero se dirige abajo y afuera después de haber atravesado el músculo psoas, camina entre las dos espinas ilíacas anteriores y se divide en dos ramos, uno posterior que se distribuye á la piel de la región glútea, y el otro anterior que se distribuye en la piel antero-externa del muslo llegando hasta la rodilla. La rama génito-crural atraviesa también el psoas, sale por su cara anterior, sigue la dirección de la arteria ilíaca y llegado á la embocadura del canal crural, se divide en dos ramos, el interno, genital, atraviesa el canal inguinal abajo del cordón dando ramos á los músculos pequeño oblicuo, transverso, al cremáster y se termina en la parte postero-superior del scroto ó del gran labio. La rama externa se encaja en el canal crural, sale por uno de los agujeros del facia cribiformes, se hace subcutáneo y se distribuye en la piel de la mitad superior de la cara anterior del muslo, anastomosándose con ramas del nervio crural.

El tejido laminoso que está abajo del facia ilíaca y que ya indicamos, puede inflamarse primitivamente ó por propagación y formar los abscesos sub-aponeuróticos de la fosa ilíaca, activos ó por congestión. En los dos casos el pus camina bajo del aponeurosis, pasa el arco crural y llega hasta el pequeño trocánter formando una eminencia más ó menos grande, en donde se percibe la fluctuación. Albert refiere un caso de absceso del psoas por congestión, en donde había una eminencia enorme sobre el pequeño tro-

cánter, que tenía en su interior cinco litros de pus. Al tratar del músculo psoas insistiremos sobre estos abscesos y sobre su tratamiento. Diremos desde luego en general que podemos dividir los abscesos del psoas ilíaco en supra-aponeuróticos, sub-aponeuróticos, inter-musculares y sub-periósticos.

Músculo psoas-ilíaco, nervio crural, arterias lombares, plexus lombar, ramos del simpático.

El músculo psoas es un músculo biceps, es decir, formado por dos vientres carnudos principales: el psoas y el ilíaco, terminándose ambos en una inserción común.

Ya dijimos que el psoas-ilíaco, que está abrazado (el psoas) por un arco del diafragma, se inserta á la parte inferior y lateral del cuerpo de la 12ª vértebra dorsal, al límite superior y al límite inferior de la cara lateral de las cuatro primeras vértebras lombares y á los discos intervertebrales correspondientes; al nivel de las canaladuras vertebrales el músculo está libre y forma arcos perfectamente definidos por donde pasan los ramos anastomóticos que de los nervios raquideanos van al simpático, y las arterias y venas lombares, sobre cuyos órganos no creemos deber insistir más porque no tienen mayor importancia en cirugía. Los haces profundos del psoas se insertan en la base de los apófisis transversos de las vértebras lombares ya señaladas. El músculo ilíaco en forma de abanico ocupa la fosa ilíaca interna, insertándose en la base del sacro, en el ligamento ileo-lombar (que va del vértice del apófisis transverso de la 5ª vértebra lombar á la parte posterior de la cresta ilíaca, enviando algunas expansiones sobre el ligamento sacro-ilíaco anterior) en los dos tercios superiores de la fosa ilíaca interna y á los dos tercios anteriores del labio interno de la cresta ilíaca. Se dirigen sus

fibras hacia abajo para converger con las del psoas formando una sola masa que sale de la pelvis por la escotadura comprendida entre la espina ilíaca antero–inferior y la eminencia ileo-pectinea; resbala sobre la articulación coxo-femoral en donde existe una amplia bolsa serosa que comunica frecuentemente con el interior de la articulación, se dirige hacia abajo y adentro para insertarse sobre el pequeño trocánter que abraza y sobre la cresta que va de esta eminencia á la línea áspera del fémur (Morel). El nervio crural se encuentra en la línea de unión de los dos vientres musculares.

El plexus lombar está formado por el entrelazamiento de las cinco ramas anteriores de los cinco pares lombares; en su origen se colocan entre las inserciones vertebrales y transversarias del psoas, atraviesan este músculo algunas de ellas de manera que hay que esculpirlo para disecarlas, y se distribuyen en las paredes abdominales, en la región anterior de la nalga y en los tegumentos del muslo y del escroto. Da cuatro ramas colaterales principales que son: la gran rama abdómino escrotal ó abdómino–genital superior, la pequeña abdómino escrotal ó abdómino-genital inferior, el nervio femoro cutáneo externo ó inguino-cutáneo externo y el nervio génito–crural ó inguino–cutáneo interno. Estos dos últimos que se relacionan más especialmente con la región, ya los estudiamos. Como ramas terminales da el nervio crural (que ya señalamos), el nervio obturador y el nervio lombo–sacro.

Las fibras del músculo psoas ilíaco son más finas y delicadas que las de los otros músculos; los carniceros le llaman el filete y es carne muy estimada.

Los abscesos por congestión en esta región, resultan de una alteración (osteitis tuberculosa, mal de Pott) de los apófisis transversos, de las partes laterales de los cuerpos de las vértebras lombares ó de sus discos, órganos todos

que están colocados adelante del aponeurosis medio del transverso; estos abscesos fríos se llaman anteriores. y posteriores los que se forman atrás de dicho aponeurosis. Si la lesión de las vértebras está en la parte superior y media de los cuerpos de las vértebras, el pus puede caminar siguiendo la aorta, llegar á la pequeña pelvis, á la región glútea, á la región lombar ó descender hasta el canal crural siguiendo las arterias correspondientes. En estos casos el absceso sería sub-peritoneal.

Los abscesos por congestión son frecuentes y todos los autores señalan numerosos casos. Albert refiere uno producido por la lesión del cuerpo de la 10.ª vértebra dorsal, que produjo un absceso sub-peritoneal que llegaba á la ingle, formando un tumor enorme. Se punciono con el trocar y como la salida del pus se detuvo, se sacó un pequeño secuestro que obstruía el camino.

El Dr. Zárraga y yo operamos un absceso por congestión por mal de Pott, en un niño, haciendo la incisión correspondiente en la ingle. Se ha discutido mucho si los abscesos fríos deben de abrirse ó abandonarse á los esfuerzos de la naturaleza. En la actualidad creemos que la mayoría de los cirujanos opinan porque se abran estos abscesos y se curen según el método aconsejado por Lister.

Los abscesos de que hablamos, en la región del psoas son crónicos y poco dolorosos. La inflamación del psoas y del tejido celuloso que lo rodea, se llama psoitis. Esta se resuelve rara vez pues casi siempre termina por supuración. Esta psoitis puede desarrollarse primitivamente, siendo entonces casi siempre de causa traumática directa ó indirecta. Una patada de caballo, una bofetada en el vientre pueden producirla, y yo he visto como cirujano del Ferrocarril Central una psoitis desarrollarse por un golpe ligero recibido en el vientre por los topes de dos trenes que iban á engancharse. Una caída sobre los piés ó sobre el

trocánter puede producir una artritis, una inflamación de la bolsa serosa del psoas y el flemón ilíaco sub-aponeurótico. El malogrado y distinguido anatómico Miguel Cordero publicó en la "Gaceta Médica" un caso de esta especie sobrevenido por un golpe sobre el gran trocánter.

Los balazos penetrando á la fosa ilíaca ó las heridas por instrumento punzo-cortante pueden producir la flegmasía. El levantar un fardo pesado, el detenerse rápidamente en una caída determinada, las marchas forzadas, largas y repetidas jornadas en un mismo día (observación publicada por el Dr. Cordero) pueden también producir el flemón. La psoitis puede producirse por propagación de la inflamación de los órganos vecinos, aun estando separado de ellos por el facia ilíaca, lo que sucede muy rara vez, siendo más frecuente ver la ulceración del aponeurosis y la comunicación del tejido conjuntivo sub y supra-aponeurótico estableciéndose entonces un absceso en forma de botón de camisa de Velpeau.

En las artritis coxo-femorales y principalmente en la coxalgía, puede propagarse la inflamación á la bolsa serosa y luego al psoas. Señalaré este otro hecho que observé en la sala de clínica del Dr. Lavista: Un individuo sufrió un traumatismo en la región trocanteriana del lado derecho, á consecuencia del cual se produjo una osteitis de la cabeza del fémur correspondiente, una artritis de la articulación coxo-femoral y por propagación de la flegmasía á la bolsa serosa del psoas, un vasto flemón sub-aponeurótico de la fosa ilíaca. Velpeau refiere un caso en que la psoitis se produjo por la simple inflamación de la bolsa serosa del psoas. También primitivamente puede inflamarse el psoas y propagar la inflamación á otros órganos, la articulación coxo-femoral por ejemplo, siendo entonces el pronóstico muy grave.

Se ha observado la psoitis como dependiente de un

estado discrásico grave, en la infección puerperal y en algunas fiebres graves (fiebre tifoidea). El reumatismo puede también producirla.

La psoitis se acompaña á veces de fenómenos generales graves, y casi siempre es muy dolorosa debido á la compresión por el derrame de las ramas del plexus lombar que atraviesan el músculo ó que están abajo de él. Es de notarse la posición que toman estos enfermos, lo que es un dato importante para el diagnóstico: tienen la pierna doblada sobre el muslo, y el muslo sobre la pelvis y en rotación hacia afuera. Si el enfermo logra pararse dobla el cuerpo enteramente hacia adelante.

En algunas ocasiones se ha observado como consecuencia de la psoitis, la osteo-periostitis y la perforación del ileón en su centro que suele estar muy delgado. En este caso el pus pasaría á la región glútea.

Desde el momento en que *se sospeche* que hay pus ya sea arriba ó abajo del facia ilíaca, debe de dársele amplia salida y canalizar y desinfectar el foco.

El procedimiento más general consiste en hacer en las paredes del vientre una incisión semejante á las que indicamos de A. Cooper para la ligadura de la ilíaca externa. Seccionado el facia transversalis el pus sale inmediatamente si está encima del aponeurosis. *No hay peligro de herir el peritoneo*, puesto que el mismo pus lo levanta formando la pared superior del prisma que ya señalamos. Esta incisión canaliza muy bien, es amplia y no hay peligro de herir órgano alguno. Si el pus está abajo del facia ilíaca, entonces se punciona á éste y se desgarra con dos pinzas y el pus sale con facilidad. Hay veces que en estas condiciones, como sucedió una vez al Dr. Zárraga, el facia ilíaco estaba tan grueso que parecía la pared de un quiste proliferante del ovario. En los casos de flemón ilíaco sub–aponeurótico puede hacerse la incisión en la ingle directamente sobre el borde externo del psoas.

Cuando el pus de los flemones del psoas-ilíaco se dirige hacia la región lombar, la región glútea, el escroto, etc., es en estos puntos en donde debe hacerse la incisión según indicamos más arriba.

Adelante trataremos de la abertura de los flemones ilíacos por la trepanación del hueso coxal.

Nuestro muy respetado y distinguido maestro el Dr. Chacón ha ideado un procedimiento ingenioso para abrir los flemones del psoas-ilíaco. Lo describe de esta manera:

"Hacia la parte anterior, superior y externa del muslo hay un espacio pequeño, triangular, al través del cual puede penetrarse hasta la fosa ilíaca interna sin temor de herir ningún órgano importante. Este espacio triangular, cuyo vértice está hacia afuera y corresponde á la espina ilíaca anterior y superior, su base hacia adentro, está perfectamente limitado en sus tres lados; el superior formado por el arco crural; el interno que es la base correspondiente al músculo psoas-ilíaco, y el externo lo constituye el costurero. El lado superior es oblicuo hacia abajo y adentro, correspondiendo á la parte del arco crural comprendida entre la espina ilíaca antero-superior y el psoas-ilíaco; el lado interno comprende la parte del músculo costurero desde su inserción superior hasta el punto en donde cruza la dirección del psoas-ilíaco; el lado interno lo forma la parte de este último músculo situado entre el lado superior y el infero-externo. El fondo de este triángulo corresponde al espacio que hay entre la parte externa del psoas-ilíaco y la porción superior del recto anterior del muslo. Espacio lleno de tejido celular grasoso, ningún vaso de importancia se encuentra allí, solo algunos ramos cutáneos insignificantes y algunas ramificaciones pequeñas del nervio músculo cutáneo externo. Para abrir los abscesos de la fosa ilíaca, se practica una incisión de tres á cuatro centímetros de longitud paralelamente al borde interno del

costurero, comenzando tres centímetros abajo de la espina ilíaca antero–superior: se divide la piel y el tejido celular, se pone así á descubierto el aponeurosis femoral que se divide también. Algunas veces esto solo basta para dar salida al pus. Si la colección purulenta estuviese situada más profundamente, entonces con el mango del escalpelo ó mejor con el dedo, se separan las adherencias celulosas que hay entre el psoas y recto anterior, pudiendo llegar de este modo hasta la fosa ilíaca interna. Debe tenerse presente que á nivel de la eminencia ileo–pectinea existe normalmente una bolsa serosa entre esta eminencia y psoas ilíaco, para evitar cuidadosamente el abrirla pues con frecuencia esta bolsa comunica con la serosa de la articulación coxo femoral."

Vamos á exponer algunas dudas acerca de este procedimiento, sin que por ello se crea que pretendemos criticar á un maestro que respetamos y es para nosotros muy querido, y á quien juzgamos como uno de los primeros anatómicos que existen actualmente en la República.

Saponiendo partir el facia lata de la parte externa y superior del muslo, encuentra al músculo costurero, lo envuelve entre dos láminas finas, después cubre al psoas confundiéndose con el facia–ilíaca; tapiza la pared anterior del canal crural (facia cribiformes), cubre el aponeurosis del pectineo y tapiza el medio abductor. Suponiendo, pues, el pus dentro del facia–ilíaca (alcartaz ilíaco de Velpeau) al abrir la vaina del costurero no se abre el facia ilíaca y no puede salir el pus, y sí sale fácilmente seccionando en la ingle el facia ilíaca sobre el borde externo del psoas: entonces el alcartaz de Velpeau se abre. En consecuencia colocándonos en el mismo triángulo tan brillantemente descrito por el Dr. Chacón, haríamos la incisión no sobre el borde interno del costurero, ni abajo del arco crural (Cordero) sino sobre la base del triángulo, sobre el psoas, to-

mando si se quiere el costurero como punto de referencia. Es propable que algunas veces que se hayan hecho estas incisiones se tocara el aponeurosis facia ilíaca más ó menos distendido y así se le diera salida al pus.

Existen casos en que el absceso por congestión es enorme, entonces el facia ilíaca en su inserción final del psoas se distiende primero ó se rompe después, teniendo entonces el foco como pared anterior en este punto la hoja superficial del facia lata y la piel, ó solamente la piel. En estos casos basta un piquete en cualquier parte del tumor para que salga el pus en chorros.

Introduciendo el dedo entre el recto anterior y el psoas como aconseja el Sr. Chacón y franqueando abajo el arco crural sí se llega á la fosa ilíaca y puede darse salida al pus de los flemones sub-aponeuróticos; pero creemos que es más fácil hacer la incisión del psoas como indicábamos. El Dr. Chacón habla de los flemones de la fosa iliaca en general; pues bien, por el procedimiento que trascribimos anteriormente se verá *que es imposible* que en los flemones supra-aponeuróticos ó sub-peritoneales, salga el pus seccionando la vaina del costurero ó entrando con el dedo entre el recto anterior y el psoas á la fosa ilíaca, porque en este lugar cae uno atrás del facia ilíaca y el pus está adelante. Habría, pues, que desgarrar el facia ilíaca que en estas condiciones está siempre grueso, y esto no se indica en el procedimiento.

De manera que incidiendo la vaina del psoas en la ingle, despegando con el dedo el recto anterior del psoas hasta llegar á la fosa, y desgarrando el facia ilíaca por su parte posterior sí pueden canalizarse y abrirse los abscesos de la fosa ilíaca, sub ó supra-aponeuróticos, por el método del distinguido cirujano Dr. Chacón. Y esto indudablemente es lo que se ha de haber hecho en la práctica, y lo prueba una observación publicada por el Dr. Cordero. Se trata-

ba de un flemón de la fosa ilíaca y siguiendo el método del Dr. Chacón, se despegaron las adherencias que existían entre el arco de Falopio y los tejidos subyacentes penetrando en la región abdominal, pero detrás del peritoneo; hasta este momento no se obtenía pus, sin embargo, el dedo percibió más clara la fluctuación profunda; venció la resistencia que le opusiera la pared anterior del foco (que no podía ser otra cosa que el facia ilíaca) y penetró en él saliendo en seguida una cantidad como de 150 gramos de pus.

En las condiciones que ya indicamos pueden abrirse los flemones de la fosa ilíaca según el procedimiento del Dr. Chacón, que tiene la ventaja de ser de fácil ejecución y es una de las razones para que los que sean poco cirujanos deban de preferirlo. Hay que convenir también que para los abscesos sub-peritoneales la incisión de Cooper en las paredes abdominales da brillantes resultados. No pueden herirse vasos importantes, puesto que el facia transversalis se despega con el dedo ó se separa con pinzas y atrás se encuentra inmediatamente el pus. No puede herirse el peritoneo que está arriba y en cuanto al peligro de las eventraciones posteriores es ilusorio, pues después de las ligaduras de la ilíaca primitiva ó externa ó de laparotomías no se ha presentado este caso sino quizá excepcionalmente. Multitud de mujeres laparotomisadas se hacen embarazadas sin que sobrevengan eventraciones. En este procedimiento se canaliza en un punto enteramente declive, puesto que el piso del foco lo forma el arco crural.

La práctica que á este respecto sigue el Dr. Icaza nos parece muy prudente: para los abscesos sub-peritoneales incisión en el vientre; para los abscesos sub-apeoneuróticos método del Dr. Chacón.

———————

Plano huesoso de la región.

En realidad los huesos que forman parte de esta región son aquellos en que está insertado el psoas. Ya vimos el papel que pueden desempeñar en los abscesos fríos la parte lateral de los cuerpos de las vértebras lombares y sus apófiris transversos. No hay necesidad de insistir en esto, puesto que la columna vertebral debe de estudiarse por separado. Ya indicamos el pequeño trocánter como inserción inferior del psoas, y su estudio particular debe de hacerse cuando se trate del miembro inferíor. El hueso ó parte del hueso que forma una porción de esta región es el ileón.

El periostio de este hueso ó el hueso mismo son susceptibles de inflamarse, ya sea por traumatismos ó por un estado diatésico; de allí es que vengan las periostitis, las osteitis y las osteo–periostitis flemonas infecciosas, sobre todo en los niños (tuberculosis). Estas lesiones pueden producir por propagación un flemón sub–aponeurótico del psoas–ilíaco. También el periostio puede despegarse por una colección purulenta, formándose entonces lo que algunos autores han llamado flemón ilíaco sub–perióstico. Como consecuencia de estas osteitis se forman algunos secuestros y fístulas que casi siempre se hallan en la región glútea.

Cuando hay estas fístulas ó secuestros, ó con el fin de vaciar una colección purulenta sub–perióstica ó sub–aponeurótica se ha propuesto la trepanación del hueso coxal. También se practica esta operación para extraer cuerpos extraños, como proyectiles de guerra, etc.

Como procedimiento general para abrir los flemones sub–aponeuróticos del psoas ilíaco, lo consideramos muy inferior á los otros procedimientos que hemos indicado, salvo cuando á la vez haya padecimiento huesoso. Algu-

nas veces los proyectiles son tolerados mucho tiempo, cuando están escasquillados en el hueso. Vaslin refiere que un soldado conservó encajado en el ileón un proyectil del peso de 200 gramos durante 30 años. Después de este tiempo murió el enfermo de una psoitis supurada.

A este respecto tuvimos oportunidad de observar en compañía del Dr. Bellow un enfermo curioso. Un Sr. L. Smith, americano, como de 40 años de edad, recibió un balazo que le atravesó el antebrazo derecho, produciendo la fractura del radio, penetrando después, en la región glútea derecha, alojándose el proyectil en el hueso ileón. El trayecto de esta herida se hizo fistuloso y pronto se presentaron síntomas de una osteo–periostitis. Con el estilete de Nelaton se reconoció que la bala se encontraba en el ileón. Debridamos la fístula siguiendo las fibras del gran glúteo, hasta llegar al hueso. Con los osteotomos de Macceven, que en este caso son muy superiores al trépano, quitamos la parte enferma del hueso y el proyectil, regularizando dicho hueso con la gubia curva, y canalizamos. No obstante esto sobrevino un flemón ilíaco sub aponeurótico abundante, acumulándose el pus en la vaina del psoas sobre el pequeño trocánter; sobre este punto hicimos la incisión, y vaciamos el foco, el cual canalizado por la parte anterior y posterior, caminó pronto á la curación. Desde el siglo pasado y principios del presente Brocher, Percy y otros cirujanos practicaron la trepanación coxal, y en la actualidad muchos cirujanos la han efectuado, principalmente en Francia, Verneuil y Ollier.

Cuando hay fístulas, sobre ellas debe abrirse y hacerse la trepanación en el lugar indicado. Cuando no hay fístulas debe uno de procurar trepanar en donde supone que está la lesión, no limitándose muchos á trepanar el ileón sino que bajan hasta la parte posterior de la cavidad cotiloide, lo que es peligroso. Hay que recordar que muchas veces el centro del ileón está tan delgado que se transparenta.

La técnica general para la trepanación según Condamin es la siguiente: Trazar una línea que vaya de la espina ilíaca antero-superior á la espina postero-superior y trepánese en su mitad. En este punto es en donde el hueso está más delgado, es el punto más declive dada la posición que debe guardar el enfermo y corresponde aproximadamente al intersticio del grande y del mediano glúteo.

No es nuestro objeto ocuparnos de las fracturas de la pelvis en general; eso sale fuera del cuadro de nuestra región. Nos limitaremos á señalar las fracturas más comunes del ileón. Este hueso puede ser fracturado directamente por un palo sobre la cresta ilíaca, por un proyectil de guerra, por una caída, ó indirectamente como sucede en la fractura vertical doble de Malgaigne. También puede fracturarse el hueso por la simple acción muscular. Hamilton señala un caso de fractura del ileón en un viejo que quiso levantarse bruscamente. Cuando la fractura de una parte del ileón es completa puede notarse equimosis, movimiento anormal y crepitación, y aun el fragmento puede ser atraído por la acción muscular. Estas fracturas en general no son graves y consolidan colocando al enfermo en la inmovilidad en un aparato apropiado, no sucediendo lo mismo con las fracturas múltiples de la pelvis que en general son muy graves por las lesiones viscerales que las acompañan.

En la pelvis y muchas veces en el ileón se encuentran tumores: exostosis, fibromas, condilomas, quistes y osteosarcomas que son los más frecuentes. Independientes del esqueleto y sin que se sepa á punto fijo si provienen del periostio, de los músculos ó de los aponeurosis, se desarrollan en la fosa ilíaca, raras veces, fibromas bien estudiados por Verneuil, y cuyo carácter maligno y su marcha rápida hacen suponer que no se trate de fibromas puros.

Articulación sacro-ilíaca.

Las superficies articulares son las que corresponden á las llamadas superficies auriculares del sacro y del ilíaco. El sacro se encaja de adelante á atrás en los dos ilíacos en forma de cuña. La articulación es un término medio entre las anfiartrosis y las diartrosis y entre sus dos capas de su cartílago de encostramiento hay una verdadera sinovial. Una cápsula rodea á esta articulación, reforzándola dos ligamentos, el superior ó anterior y el inferior ó posterior. El ligamento ileo-lombar ya descrito pertenece á la articulación. Los ligamentos sacro-ciáticos sirven más bien para inserciones musculares.

Una de las afecciones más frecuentes, siendo también rara, de la articulación que nos ocupa, es la sacro-coxalgía que puede ser de origen tuberculoso (las más veces), puerperal, reumatismal ó blenorrágico. Coincide á veces con una coxalgía ó mal de Pott y es más frecuente de los 10 á los 25 años. Al principio sus síntomas son oscuros, después se acentúa el dolor, la claudicación, los cambios de actitud y de posición del miembro, la tumefacción y los abscesos.

Cuando los abscesos tiendan á abrirse ó se abran al exterior, el cirujano debe limpiar el foco y hacer el raspado, la extirpación de los secuestros, etc.

Un traumatismo violento, una caída, el paso de la rueda de un coche, etc., pueden producir la luxación de una ó de las dos articulaciones sacro-ilíacas, acompañadas ó no de fractura. Se reconocen en que las espinas ilíacas postero-superiores no están á la misma altura, en que el ileón está separado del sacro y los movimientos comunicados producen crepitación.

La luxación del sacro es rara; se produce hacia adelante y arriba por la desyunción de las articulaciones sacro–ilíacas. Se le reconoce por la movilidad anormal, la crepitación y la canaladura que se forma atrás al nivel del sacro. Estas lesiones son muy graves por la frecuencia de lesiones muy serias en los órganos intra–pelvianos.

***

Como se ve la región del psoas–ilíaco está escondida profundamente en el abdomen, y para llegar á ella ya sea con un instrumento vulnerante ó para practicar una operación, es preciso atravesar otras regiones y principalmente la antero–lateral del abdomen y la glútea.

Para hacer el examen de esta región, que es difícil en los individuos muy obesos y fácil en aquellos de vientre retraído, vientre en batea, hay que colocar al enfermo en la supinación, con las piernas dobladas sobre los muslos y ligeramente abiertas. Los medios de examen que pueden usarse en este caso son la inspección, la percusión y sobre todo la palpación. Rara vez, como sucede en la fiebre tifoidea, se emplea la auscultación de la S ilíaca.

A. de Garay.

